



*Convegno «Anziani cronici non autosufficienti  
e malati di Alzheimer»*

I centri diurni per le persone affette da  
demenza senile: l'importanza dei principi e  
degli obiettivi stabiliti dalla normativa della  
Regione Piemonte

**Paola Garbella, Direttore Generale, Opera Pia A. E. Cerino Zegna Onlus**

[www.cerinozegna.it](http://www.cerinozegna.it)

**TORINO, 22 ottobre 2010**

---

---



# **D.G.R. 6 APRILE 2009, N. 38-11189 “REQUISITI ORGANIZZATIVI, GESTIONALI E STRUTTURALI DEI CENTRI DIURNI E DEI NUCLEI PER PERSONE AFFETTE DA MORBO DI ALZHEIMER ED ALTRE DEMENZE,**

AI SENSI DELLA D.G.R. 17-15226 DEL 30 MARZO 2005.  
REVOCA DELLA D.G.R. 29-29519 DEL 1 MARZO 2000 “CRITERI PER L’ADEGUAMENTO DELLA  
D.G.R. 41-42433/95 A QUANTO PREVISTO DALLA D.LGS. 229/99.”

---

---

## **C.D.A.A./C.D.A.I.**

- Sono strutture a carattere semiresidenziale, che hanno lo scopo di favorire il recupero o il mantenimento delle capacità psicofisiche residue, al fine di consentire la permanenza della persona con demenza al proprio domicilio il più a lungo possibile, offrendo sostegno al nucleo familiare.

## **N.A.T.**

- Ha lo scopo di accogliere persone affette da demenza, che presentano disturbi comportamentali e/o problemi sanitari e assistenziali di elevata complessità, provenienti dal proprio domicilio, da residenze socio-sanitarie, dall'ospedale o da altre strutture sanitarie.



## *Aspetti strutturali*

- C.D.A.A. e C.D.A.I. sono strutture riconducibili ai requisiti strutturali definiti rispettivamente nella D.G.R. 1 marzo 2000, n. 37-29527 e nella D.G.R. 7 febbraio 2000, n. 39-29311
  - → devono, quindi, essere in possesso dei requisiti strutturali complessivi stabiliti nelle DD.G.R. citate ed integrati con quelli definiti nell'Allegato C.
- 
-



## *Il CDA deve orientare le azioni per...*

1. Individuare interventi terapeutici, anche per quanto concerne la presenza di altre eventuali patologie concomitanti;
  2. Migliorare il quadro sintomatologico funzionale, psicologico e comportamentale;
  3. Ridurre o abolire l'uso di psicofarmaci;
  4. Stimolare le capacità sociali (comunicative, relazionali e cognitive);
  5. Realizzare adeguati interventi di supporto ai familiari e/o altre persone di riferimento
- 
-



## *Il CDA deve organizzare delle azioni con la famiglia volte a....*

1. Riduzione dello stress;
  2. Promozione del benessere psichico;
  3. Mantenimento della salute fisica;
  4. Miglioramento delle relazioni sociali;
  5. Acquisizione di conoscenze sulla malattia e di capacità di gestire il paziente;
  6. Miglioramento della relazione con il familiare o altra persona di riferimento
- 
-



## *CDA: accesso e frequenza*

1. L'inserimento è disposto dall'U.V.G. competente per territorio, che verifica l'ammissibilità e predispone il Progetto individuale.
  2. La frequenza può essere modulata in base ai bisogni del soggetto e della famiglia, purchè definita e concordata in sede di U.V.G. e in accordo con il responsabile del centro.
  3. Deve essere aperto per almeno 5 giorni alla settimana (da lunedì a venerdì) con un orario minimo di 8 ore giornaliere (comprensive del pranzo).
  4. L'attività del Centro Diurno può essere sospesa per limitati periodi durante l'anno, in base a motivate esigenze organizzative locali.
  5. Ha una ricettività massima di 20 utenti/die e deve essere in possesso dei requisiti strutturali stabiliti nell'Allegato C.
  6. All'utente deve essere garantito il servizio di trasporto da e per il domicilio, da parte del centro diurno anche attraverso accordi e risorse locali.
- 
-



# *Prestazioni*

Devono essere garantiti i seguenti interventi all'interno del Piano Assistenziale Individuale:

1. Valutazione geriatrica, con programmazione delle attività sanitarie, controllo periodico e gestione dei problemi cognitivi, comportamentali, funzionali e delle patologie intercorrenti;
2. Nursing orientato al mantenimento e stimolazione delle capacità residue;
3. Animazione orientata a favorire l'esercizio delle funzioni fisiche e psichiche (cognitive e affettive).

La responsabilità dell'esecuzione operativa del P.A.I. è in capo al medico responsabile del C.D.A.A./C.D.A.I.

# Tipologia organizzativa N 1

Personale	Ore	Minuti per ospite/die	note
<b>Medico responsabile:</b> geriatra o medico con esperienza almeno quinquennale nelle patologie neurodegenerative e/o geriatriche	7,5/sett.li		Il M.M.G. si rapporta con il medico responsabile.
<b>Psicologo</b> con comprovata esperienza e conoscenza maturata in assessment psicologico e psicologia dell'età adulta e senile	5/sett.li		Lo psicologo deve anche essere di supporto ai familiari e prevenire forme di burn-out degli operatori.
<b>Infermiere</b>	8/die	24	Anche con funzione di coordinamento
<b>Operatore socio-sanitario</b>	28/die	84	L'operatore può essere di supporto alle attività di animazione, terapia occupazionale, ecc.
Educatore professionale, psicomotricista, terapeuta occupazionale, fisioterapista o <b>altre figure professionali</b> con formazione specifica in base alle necessità, che possono essere utilmente impiegate ai fini del raggiungimento degli obiettivi fissati dal Progetto e individuati nel P.A.I.	2,5/die	7,5	Le ore possono essere distribuite fra le diverse figure professionali sia dell'area sanitaria sia dell'aria socio-assistenziale.

# Tipologia organizzativa N 2

Personale	Ore	Minuti per ospite/die	note
<b>Medico responsabile:</b> geriatra o medico con esperienza almeno quinquennale nelle patologie neurodegenerative e/o geriatriche	5/sett.li		Il M.M.G. si rapporta con il medico responsabile.
<b>Psicologo</b> con comprovata esperienza e conoscenza maturata in assessment psicologico e psicologia dell'età adulta e senile	4/sett.li		Lo psicologo deve anche essere di supporto ai familiari e prevenire forme di burn-out degli operatori.
<b>Infermiere</b>	3/die	9	Anche con funzione di coordinamento
<b>Operatore socio-sanitario</b>	28/die	84	L'operatore può essere di supporto alle attività di animazione, terapia occupazionale, ecc.
Educatore professionale, psicomotricista, terapeuta occupazionale, fisioterapista o <b>altre figure professionali</b> con formazione specifica in base alle necessità, che possono essere utilmente impiegate ai fini del raggiungimento degli obiettivi fissati dal Progetto e individuati nel P.A.I.	2/die	6	Le ore possono essere distribuite fra le diverse figure professionali sia dell'area sanitaria sia dell'aria socio-assistenziale.
<b>Educatore professionale</b>	38/sett.li		Con funzioni di coordinamento



# OPERA PIA A. E. CERINO ZEGNA (Occhieppo Inferiore)

**Settore Alta –  
Media e Bassa  
Intensità  
Assistenziale**

**R.S.A.**  
50 posti

**R.A.F.**  
64 posti

**Settore Residenziale:  
Riabilitazione e  
Temporaneità – R.O.T.**  
20 utenti

**Ambulatorio  
Fisioterapico**

**Servizi domiciliari**

**Settore Alzheimer**

**Centro Diurno  
Alzheimer**  
20 utenti

**Nucleo Alzheimer  
Temporaneo – N.A.T.**  
20 utenti

**Residenza Sanitaria  
Flessibile - R.S.A.**  
40 posti

**Residenza Sanitaria  
Flessibile - R.A.F.**  
20 posti

**Prima Accoglienza**  
3 utenti

**RESIDENZA  
MARIA  
GRAZIA  
(Lessona)**

**Servizi assistenziali  
domiciliari**

**Centro  
Diurno**  
20 posti



*"Da mattina a sera"*

# Centro Diurno Alzheimer

**GLI UTENTI: 20 posti /giorno** per persone malate di Alzheimer o altre demenze (vascolare, parkinson) per un periodo di **6 – 12 mesi**

## **OFFRE:**

**Sostegno alla famiglia** (relazione continua, sostegno psicologico, confronto)

**Mantenimento e/o recupero delle capacità nelle attività della vita quotidiana** (lavarsi, vestirsi, uso wc, ecc.)

**Stimoli continui** (attività e laboratori) per non peggiorare le condizioni mentali e ridurre i disturbi del comportamento (agitazione, vagabondaggio, deliri, ecc.)

**Valutazione delle condizioni sia fisiche che mentali** con test e controlli periodici infermieristici, piccole medicazioni.

Aperto nel **1998**

**Orario: 8 – 16,30 / Lun-Ven / Chiusura Agosto**

## **EQUIPE DI LAVORO:**

1 Responsabile - infermiere

4 O.S.S.

1 Psicomotricista (10 ore sett.)

1 Psicologa (5 ore sett.)

1 Medico geriatra ASL (5 ore sett.)

## *Alzheimer come malattia familiare*

- Non possiamo prenderci cura solo della persona malata senza considerare anche la famiglia



### OBIETTIVO DELL'INTERVENTO

1. Offrire un intervento terapeutico, riabilitativo, assistenziale al malato
2. Fornire sollievo e supporto alla famiglia



## *Come realizzarlo in concreto?*

1. Primo colloquio
  2. Visita domiciliare
  3. Valutazione dell'equipe
  4. Interventi mirati sul singolo
  5. Restituire alla famiglia l'immagine del congiunto malato come di una persona ancora con capacità
  6. Colloqui di supporto con la psicologa
  7. Coinvolgimento in alcune attività di reparto
  8. Contatto e dialogo giornaliero con operatori e responsabile del settore
  9. Riunioni di gruppo con familiari ogni 3 mesi
- 
-



## *Coinvolgere la famiglia: una strategia vincente*

- Più del 60% dei parenti partecipa alle riunioni
  - Forte livello di condivisione e di fiducia reciproca
  - Collaborazione tra familiari
  - Negli ultimi 4 anni alcuni parenti sono diventati volontari
  - Miglioramento della relazione con il congiunto affetto da Alzheimer
  - Maggior sensazione di benessere (sensazioni riportate dai parenti stessi)
- 
-

# Approccio ambientale - CDA

Nuovi locali dal 2005

Ambienti ampi, luminosi e colorati. Arredo che include anche mobili vecchi restaurati dagli ospiti stessi. Cucina a vista e facilmente raggiungibile/utilizzabile dall'ospite.

Palestra psicomotricità

Sala Relax, con poltrone reclinabili e divanetti, tv e biblioteca.

n 5 bagni con antibagno

Ambulatorio, office e spogliatoio ospiti con armadietti.



# Giardino Alzheimer

Dal 2005

Ambiente sicuro con collegamento diretto e continuo con l'interno del Centro Diurno Alzheimer, privo di barriere architettoniche, dove il controllo a vista da parte degli operatori garantisce la libertà di movimento del malato, rispettando la decisionalità personale nell'uscire dando la sensazione di autonomia e, per chi vuole camminare da solo, di privacy.

Convegno "I Giardini Particolari"

Biella, 30 settembre 2005 – organizzato dal Cerino Zegna





## Laboratori - Attività

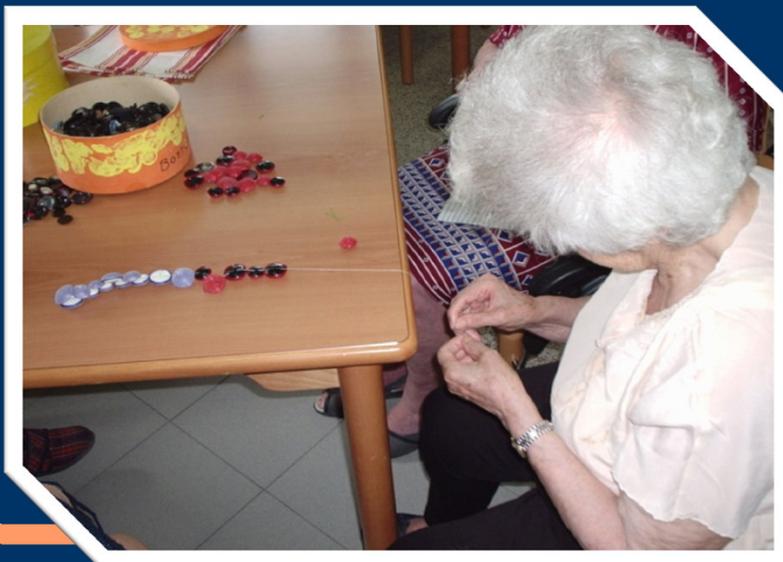
- I laboratori sono **diversificati a seconda delle attitudini degli ospiti e delle loro esigenze/desideri e sulla base della severità della malattia**. Lo scopo di queste attività è di stimolare le capacità residue soprattutto tenendo conto delle singole inclinazioni.
  - Esempi di laboratori:
    - **Di tipo occupazionale:** bricolage (costruzione di oggetti vari- calendario, sottobicchieri), pittura, disegno, canto, decoupage; realizzazione oggetti attinenti a varie festività
    - **Di tipo domestico:** cucinare, stirare, lavare piccole cose, cucire, cura piante e animali.
    - **Di tipo ludico:** memory, parole crociate, lettura giornale, visione film, carte, tombola, giochi di società, festeggiamento compleanni
    - **Test di attenzione:** album di ricordi ( foto degli stessi ospiti nelle varie età), oppure visione foto ( appese) del periodo attuale.
- 
-



# Pet Therapy (a cura di un medico veterinario – animatore)



# Laboratori di terapia occupazionale (a cura della psicomotricista)



## Stanza Bianca

Dal 2004

Ambiente chiuso dall'arredo semplice e chiaro, attrezzato in modo da essere adatto ad una stimolazione mutisensoriale: acustica, visiva, olfattiva e tattile, così da risultare rassicurante / rilassante o viceversa stimolante. Con il suo utilizzo curato dalla psicomotricista ci si propone di ridurre la contenzione e di lenire i disturbi del comportamento.

“Stanza bianca e stimolazione plurisensoriale: studio di efficacia con anziani affetti da demenza” in **Riabilitazione Oggi**. Anno XXI – n. 10 – dicembre 2004. autore: Bocca Nicoletta, psicomotricista del Cerino Zegna.

Presentazione a numerosi convegni, seminari e corsi di formazione. Attualmente: ricerca in collaborazione con Centro Studi Perusini Alzheimer di Pordenone.



# Progetti Sperimentali e di Ricerca

## Percezione della qualità di vita tra soggettività e oggettività

**Obiettivo:** analizzare l'impatto del Centro Diurno Alzheimer sulla qualità di vita delle persone inserite, prendendo in considerazione l'evoluzione di variabili come lo stato funzionale, lo stato cognitivo e la depressione durante tutto il periodo di permanenza della persona al centro.  
Durata: 2 anni (2005-2006)

Poster presentato al IV corso di riabilitazione cognitiva, presso Congresso della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia, novembre 2007.

“Percezione della qualità di vita degli ospiti tra soggettività e oggettività” in **Servizi Sociali Oggi**. 6/2008. autore: Messina Sonia, responsabile qualità del Cerino Zegna.



**Cerino Zegna**

### Percezione della qualità di vita degli ospiti del Centro Diurno Alzheimer: tra soggettività e oggettività

*“Importa quanto bene vivi, non quanto a lungo.”  
“Pensa sempre alla qualità della vita, non alla sua quantità.”*

**DOVE** Centro Diurno Alzheimer  
Anno 2005/2006  
N. ospiti: 15  
Per tutti i nuovi ingressi e per il loro periodo di permanenza al centro.  
Orario del centro: 8.00-16.30 dal lunedì al venerdì  
Chiusura estiva: mese di agosto

**CHI** Ospiti con demenza lieve-moderata  
Ospiti con demenza moderata-severa  
Patologie concomitanti:  
• Sintrome depressiva  
• Morbo di Parkinson  
• Parkinsonismo

**CARATTERISTICHE DELLO STUDIO**

N° di persone: 18  
Scale utilizzate:  
• **Quality of life - AL (QoL-AD)**<sup>1</sup> per persone affette da demenza lieve-moderata  
• **Apparent Affect Rating Scale (AARS)**<sup>2</sup> per persone affette da demenza moderata-severa  
per valutare lo stato funzionale: **BARTHEL**<sup>3</sup>  
per valutare lo stato cognitivo: **MMSE - SMMSE**<sup>4</sup>  
per valutare la depressione: **Cornell Scale for Depression in Dementia**<sup>5</sup>

Modalità di somministrazione scale: all'ingresso dopo tre mesi alla dimissione

Periodo: da marzo 2005 a dicembre 2006

**Obiettivi dello studio:**

- valutare se esiste una relazione tra la qualità di vita e lo stato cognitivo/funzionale;
- valutare l'impatto delle attività del Centro Diurno Alzheimer sulla qualità di vita delle persone inserite.

**QoL-AD**  
Scala validata su pazienti affetti da malattia di Alzheimer di grado lieve-moderato e caregiver adulti senza alterazione cognitive. Costituita da 13 items a risposta multipla su 4 livelli (da 1, scarso a 4, eccellente). Per la sua velocità di compilazione e facilità di comprensione, è considerata dalla letteratura esistente un utile strumento applicabile nei trials clinici. Richiede la somministrazione da parte di un operatore delle risposte verbali del paziente e del caregiver.

**I RISULTATI DELLO STUDIO**

In quanto tempo e come è cambiata la qualità della vita delle persone inserite nel centro Diurno Alzheimer

I risultati presentano delle evidenze di netto miglioramento della qualità di vita delle persone osservate nel 67% dei casi già dal primo mese di inserimento presso il Centro e del 75% dei casi nel corso dei mesi successivi.

Evolutione stato cognitivo, stato funzionale e qualità di vita

Non si è evidenziata una correlazione diretta tra lo stato cognitivo e stato funzionale e la qualità di vita delle persone osservate, mentre le attività svolte, la modifica personalizzata dei programmi e gli aspetti relazionali hanno avuto un'influenza maggiore sulla qualità della vita.

**CONCLUSIONI**

Dai risultati ottenuti, si conclude che la Qualità di Vita degli utenti del Centro Diurno risulta legata prevalentemente ad esperienze soggettive quali l'autorealizzazione, l'autostima, l'armonia interna, la libertà e il piacere.

L'offerta di uno spazio di socializzazione, relazione e stimolazione adeguato alle capacità cognitive di ogni persona permette di creare dei percorsi di attività e relazione che influiscono positivamente sull'auto-

stima, creano dei momenti di benessere e aumentano la qualità di vita delle persone affette da demenza.

Hanno collaborato: N. Bocca (psicomotricista), L. Caser (medico geriatra), A. Collobiano (psicologo), C. Dalla Fontana (operatore socio-sanitario), G. Galossi (operatore socio-sanitario), T. Giacchetti (infermiere - responsabile del Centro), S. Messina (sociologa - responsabile qualità), A. Ricci (operatore socio-sanitario).

Centro Diurno Alzheimer, Opera Pia A. E. Cerino Zegna, Occhieppo Inferiore (BI) - Tel 015 2593853



# Progetti Sperimentali e di Ricerca

## Progetto di assistenza formale dopo la dimissione dal CDA

**Obiettivo:** offrire continuità assistenziale e supporto organizzato in modo che i familiari degli ospiti dimessi dal Centro Diurno Alzheimer non subiscano una “sindrome da abbandono” e che il malato non perda quel miglioramento raggiunto dal lavoro intrapreso nei mesi di permanenza al centro.

Durata: 1 anno (2006)

In collaborazione con l'Associazione di Volontariato “Amici del Cerino Zegna”

Finanziamento da bando provinciale e centro servizi volontariato

“Assistenza formale dopo la dimissione dal Centro” in **Servizi Sociali Oggi**. 1/2009. autore: Messina Sonia, responsabile qualità del Cerino Zegna.



# Progetto Nutrizione e Alzheimer

**Obiettivo:** sperimentare nuovo menù giornaliero con l'obiettivo di riequilibrare e/o mantenere il peso corporeo, prevenire le problematiche legate alla stipsi ed infine ridurre i disturbi del comportamento legati all'alimentazione.

**Durata:** aprile 2008 – dicembre 2009

Sulla base di studi del Centro Internazionale Perusini Alzheimer di Pordenone, e dopo un corso di formazione interno che ha coinvolto tutto il personale operante in Settore Alzheimer, **in collaborazione con Ditta Sodexo.**

**Finanziamento proprio  
circa € 35.000**

“Programma di alimentazione e prevenzione stipsi” in **Servizi Sociali Oggi**. 1/2009. autori: Regis Maurizia (res. NAT); Giacoletti Tiziana (resp. CDA); Vaglio Bernè Nicoletta (segreteria operativa).



# Formazione

## Ad esempio, nel 2009...

- Accoglienza di n 8 tirocinanti (infermiere, assistente sociale, operatore socio sanitario, bandante)
- Partecipazione ai seguenti corsi di formazione
  - «Gruppi ABC di autoaiuto per famigliari di malati di Alzheimer» – Milano (tre operatori - responsabile)
  - Cartella Utente Informatizzata (tutta l'equipe di lavoro)
  - «Gestione dell'alvo» (un operatore)
- Partecipazione ai seguenti Convegni:
  - «Longevità e Alzheimer» - Milano (un operatore)
  - «L'Ascolto che si respira» – ASL Biella (un operatore - responsabile)
- Docenza 26 ore nel corso base per operatore socio sanitario presso Consorzio Socio-Assistenziale di Biella sulle metodologie di lavoro professionale.
- Docenza 4 ore nel corso sulla demenza presso Consorzio Socio-Assistenziale di Biella.

# GRAZIE



[www.cerinozegna.it](http://www.cerinozegna.it)

*Intervento "I centri diurni per le persone affette da demenza senile" – Opera Pia A. E. Cerino Zegna Onlus – [www.cerinozegna.it](http://www.cerinozegna.it)  
Convegno - Anziani cronici non autosufficienti e malati di Alzheimer - 22 ottobre 2010. Torino*